

飲酒問題個案轉介單

1090608 制定

填表日期 年 月 日

* 個案來源	☐ 家庭暴力加害人			☐ 道安講習之酒駕個案			☐ 高風險家庭個案				
	☐ 酒駕緩起訴個案			☐ 兒少保護個案之家庭成員			☐ 衛生所				
	☐ 社區自行求助者			☐ 花蓮地方法院			☐ 花蓮縣政府社會暨新聞處				
	☐ 其他：										
* 姓名：			* 年齡：			* 性別：			* 酒精使用疾患確認檢測合計總分：		
身分證字號：			生日：			☐ 男 ☐ 女					
* 居住地址：						* 聯絡電話：					
密切保持聯絡之親友或緊急連絡人	姓名：			關係：			聯絡電話：				
	姓名：			關係：			聯絡電話：				
	居住地址：										
	☐ 同個案居住地址										
其他與個案相關重要資訊：											

轉介機關(構)：
電 話：

轉介人員：
傳 真：

單位主管：

轉介日期： 年 月 日

備註：

- 一、酒精使用疾患確認檢測(AUDIT)之合計總分，男性大於或等於8分，女性大於或等於4-6分，則建議轉介至衛生單位或醫療機構提供專業諮詢或治療。
- 二、為順利受轉介單位聯繫個案，請詳填本表資料，「*」為必填。
- 三、為利個人資料之使用，請於轉介前告知個案轉介目的，並請個案簽具個人資料使用同意書。
- 四、申請人為未成年人，法定代理人或監護人應提供戶口名簿，並於「個人資料同意書」上簽名或蓋章，以茲證明。